

EMH Hauts-de-France : Recueil annuel des indicateurs en EHPAD

1) Données sur l'EHPAD			
Année de recueil :	Nom de l'EHPAD :	Code Postal :	
FINESS géographique : (N° à 9 chiffres)	Statut juridique :	Nom du gestionnaire :	
Adresse (N° et rue) :	Commune :		
Capacité en hébergement permanent :	Capacité en hébergement temporaire :	Personnel salarié total :	
Nom et mail du directeur :			
	Médecin coordonnateur :		
Si oui, nom et mail :	Autres coordonnées :		
	Infirmier coordonnateur :		
Si oui, nom et mail :	Autres coordonnées :		
	Médecin du travail identifié :		
Si oui, nom et mail :	Autres coordonnées :		
2) Coordonnées du déclarant			
Nom & prénom :	Adresse mail : -		
Fonction :	Téléphone :		

3) Evaluation de la dépendance et de la charge de soins & Nombre de journées réalisées

Score GMP (Aggir) :

Date de validation du score GMP par les tutelles :

Score PMP (Pathos) :

Date de validation du score PMP par les tutelles :

Nombre de journées facturées issues de l'état des recettes et des dépenses de l'année en cours :

4) Organisation de l'EHPAD en matière de prévention du risque infectieux

Responsable de la Prévention du Risque Infectieux (PRI) formé et identifié :

OUI / NON

-----> Si oui, quelle est sa fonction ?

☐ Directeur
☐ IDEC
☐ Médecin Co
☐ Autre

Des correspondants en hygiène sont identifiés (IDE, AS, ASH ou autres) :

OUI / NON

Correspondant 1 :

☐ IDE
☐ ASH
☐ AS
☐ Autre

Correspondant 2 :

☐ IDE
☐ ASH
☐ AS
☐ Autre

Correspondant 3 :

☐ IDE
☐ ASH
☐ AS
☐ Autre

Formé à la PRI ? OUI / NON

Formé à la PRI ? OUI / NON

Formé à la PRI ? OUI / NON

Avec temps dédié pour cette mission ? OUI / NON

Avec temps dédié pour cette mission ? OUI / NON

Avec temps dédié pour cette mission ? OUI / NON

Présence d'un comité de suivi du risque infectieux ?

OUI / NON

---> Si oui, composition :

☐ Directeur
☐ Resp PRI
☐ MedCo
☐ IDEC
☐ Resp. Qual
☐ Dir.Regional
☐ Autre

Les correspondants sont formés au minimum tous les 5 ans :

OUI / NON

Plan bleu : Présence d'un volet infectieux : OUI / NON

Le document d'analyse de la maîtrise du risque infectieux (DARI) a été réalisé :

OUI / NON

Si oui, indiquer la date du dernier :

Le programme d'action a été : (entourer la/les mentions correspondantes) : NON ELABORE / ELABORE / MIS EN ŒUVRE / EVALUE

Commentaires sur l'organisation de l'EHPAD en matière de prévention du risque infectieux ?

5) Suivi d'activité : Gestion des épidémies : Nombre d'épidémies dans l'année répondant aux critères de signalement

Epidémie n°	Epidémie de :	Nb de cas (résidents)	Nb total de résidents PRESENTS	Professionnels touchés (IRA GEA)	Commentaires
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

Autres alertes -> Tuberculose (Nombre de cas sur l'année) :

Autres alertes -> Légionellose (Nombre de cas sur l'année) :

Commentaires (tuberculose & légionellose)

6) Suivi d'activité : Hygiène des mains

Calcul de l'ICSHA :

Indiquez la consommation (en litres) annuelle de produits hydro-alcooliques (estimée d'après les achats) : litres.

Information systématique des résidents, familles, visiteurs (livret d'accueil, info à l'entrée, ateliers, affichages ...) : PRESENT / NON-PRESENT

Commentaires concernant l'hygiène des mains :

7) Suivi d'activité : Vaccination	
Vaccination grippe saisonnière :	
Nombre de résidents vaccinés :	Nombre de salariés de la structure vaccinés :
Nombre total de résidents présents :	
Vaccination COVID :	
Nombre de résidents à jour de leur schéma vaccinal :	
Vaccination pneumococcique :	
Mise en place d'une politique d'identification des résidents ayant une indication à la vaccination anti-pneumococcique :	OUI / NON / NE SAIT PAS
--> Si oui : Nombre de résidents identifiés (éligibles à la vaccination) :	-----> Et nombre de résidents identifiés <u>vaccinés</u> :

8) Suivi d'activité : Accidents d'Exposition au Sang	
Présence dans l'établissement des moyens de prévention des AES suivants :	
Boîtes à objets Piquants/tranchants : PRESENT / NON-PRESENT	Gants à usage unique : PRESENT / NON-PRESENT
Aiguilles sécurisées : PRESENT / NON-PRESENT	
Conduite à tenir en cas d'AES formalisée & affichée : PRESENT / NON-PRESENT	
Une surveillance des AES est mise en place : OUI / NON	
--> Si oui : Nombre d'AES relevés :	- par piqûre :
	- par coupure :

9) Suivi d'activité : Surveillance & alertes environnementales	
Surveillance Eau Chaude Sanitaire réalisée : OUI / PARTIELLEMENT / NON	
Carnet sanitaire : OUI / NON	Procédure en cas de contamination d'ECS par des légionnelles? OUI / NON
Alerte legionella pneumophila dans ECS : OUI / NON	
-----> Si oui, signalée à l'ARS : OUI / NON	

10) Suivi d'activité : Formations	
L'établissement a organisé au moins une formation à la prévention du risque infectieux : OUI / NON	
Si oui, nombre de professionnels formés :	